

DEMANDE D'AUTORISATION DE PAIEMENT

Tafamidis (Vyndamax^{MC}), Tafamidis méglumine (Vyndaqel^{MC}) — cardiomyopathie causée par une amyloïdose à transthyrétine (ATTR-CM)

1 - Personne assurée

CARTE DE L'ÉTABLISSEMENT OU D'ASSURANCE MALADIE
OU

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE LA PERSONNE ASSURÉE

si non disponible: Numéro d'assurance maladie temporaire sur le carnet de réclamation

OU
si enfant de moins d'un an: Numéro d'assurance maladie de la mère ou du père

2 - Prescripteur

NOM ET PRÉNOM

N° D'INSCRIPTION À LA RÉGIE

ADRESSE NUMÉRO RUE BUREAU

MUNICIPALITÉ PROVINCE CODE POSTAL

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG. NUMÉRO DU TÉLÉCOPIEUR IND. RÉG.

NOM ET PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR

ADRESSE NUMÉRO RUE APP.

MUNICIPALITÉ PROVINCE CODE POSTAL NUMÉRO DE TÉLÉPHONE IND. RÉG.

QUÉBEC

3 - Médicaments visés par la demande

TAFAMIDIS - VYNDAMAX^{MC} TAFAMIDIS MÉGLUMINE - VYNDAQEL^{MC}

FORME PHARMACEUTIQUE TENEUR POSOLOGIE

DURÉE PRÉVUE DU TRAITEMENT

DU ANNÉE MOIS JOUR AU INDÉTERMINÉE OU ANNÉE MOIS JOUR

Si la personne assurée est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé. ANNÉE MOIS JOUR

Type de demande

Demande initiale
Complétez les sections 4- 6- 7

Demande de poursuite du traitement
Complétez les sections 5- 6- 7

4 - Renseignements cliniques

Diagnostic ou contexte clinique

Cardiomyopathie causée par une amyloïdose à transthyrétine (ATTR-CM)

Confirmation de l'absence d'amylose à chaîne légère :

Oui Non

L'ATTR-CM est confirmée par :

Test génétique

Scintigraphie osseuse ou biopsie cardiaque

Autre. Précisez : _____

Autre. Précisez : _____

Précisions sur l'insuffisance cardiaque avant l'instauration du traitement avec le tafamidis ou le tafamidis méglumine

La personne est atteinte d'insuffisance cardiaque

- Classification de l'insuffisance cardiaque selon la New York Heart Association (NYHA)
 - I II III IV
- Antécédents médicaux d'insuffisance cardiaque
 - Hospitalisation antérieure
 - Manifestations cliniques ayant nécessité un traitement avec un diurétique
 - Autre. Précisez : _____

La personne n'est pas atteinte d'insuffisance cardiaque

Assurez-vous que toutes les sections requises du formulaire ont été dûment complétées et que celui-ci est signé avant de le retourner.

